UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1961 N° 25

Du choix du traitement opératoire dans les Cholécystites Aiguës Calculeuses

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en mars 1961

PAR

Jean-Pierre LASSÈRE

MEMBRES DU JURY..

MM. GRIMOUD, *Président.*
GADRAT
PLANQUES *Assesseurs*
LHEZ
BARDIER, *Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE Vve LION
16, RUE LAKANAL, 16
TOULOUSE

1961

Du choix du traitement opératoire dans les Cholécystites aiguës culculeuses

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN. . . .. MM. Lazorthes.
ASSESSEUR. . . .. Caujolle.
DOYENS HONORAIRES..... Gorse, Calvet, Lefebvre. Brustier.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Vallois, Clermont, Ducuing, Ribaut, Nanta, Tapie.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM.	Mériel,
Clinique médicale.....		Gadrat.
Clinique chirurgicale et Gynécologie.		Fabre (P.).
Clinique chirurgicale et du Cancer.		Grimoud.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.....		Virenque.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.....		Bazex.
Clinique des Maladies de la Tuberculose et Pathologie interne.		Morel.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		Lhez.
Clinique médicale infantile et Puériculture.		Sorel (R.).
Clinique de Neurologie et Psychiatrie.		Riser.
Clinique obstétricale.....		Guilhem.
Clinique odonto-stomatologique.		Cadenat.
Clinique ophtalmologique....		Calmettes.
Clinique O.R.L. et de Chirurgie maxillo-faciale.....		Calvet.
Accouchement et Obstétricie sociale.		Pontonnier.
Clinique traumatologique des membres.		Rieunau.
Anatomie.		Lazorthes.
Anatomie appliquée.....		Poulhès.
Anatomie pathologique.....		Fabre (J.).
Bactériologie, Hygiène, Médecine sociale.....		Andrieu.
Chimie biologique.....		Valdiguié (P.).
Electro-radiologie.		Marquès.
Embryologie.		Broussy.
Histologie.		Bimes.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.		Darnaud.
Médecine légale et du Travail		Planques.
Médecine sociale.....		Bounhoure.
Parasitologie.		Bouisset.
Pathologie chirurgicale.....		Dambrin.
Pathologie générale et Médecine expérimentale.....		Sendrail.
Physico-Chimie.		Auvergnat.
Physiologie appliquée et Pharmacologie.		Baisset.
Physique biologique et médicale.		Bugnard.
Propédeutique médicale		Géraud.
Thérapeutique.		Dardenne.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie gén. et comparée..	MM.	Coulouma.
Pathologie médicale.....		Laporte J.
Bactériologie.	Mme	Enjalbert.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie.	MM.	Laporte Y.
Biochimie médicale.....		Douste-Blazy.
Physique medicale.....		Bru.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	MM.	Boulssou.
Histologie et Embryologie...		Planel.
Parasitologie		Ruffié (J.).
Physiologie		Montastruc.

AGREGES

Pathologie médicale.....	MM.	Monnier.
—		Ribaut.
—		Delaude.
—		Calazel.
Pathologie chirurgicale	MM.	Enjalbert.
—		Ficat.
—		Pasquié.
—		Souquet.
Médecine légale et Médecine du Travail	MM	Grèzes-Rueff.
Odonto-stomatologie.		Cadenat (H.).
Pédiatrie.		Bardier (A.)
Rhumatologie.		Ruffié (R.).

AGREGES LIBRES

Anatomie.	MM.	Thomas.
Obstétrique.		Dédati.
Oto-Rhino-Laryngologie. . ..		Claux.
Pathologie chirurgicale.....		Dieulafé.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique, Cryptogamie.....	Mme	Dulucq-Mathou.
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle.	MM.	Bourbon.
Chimie pharmaceutique.....		Blanc.
Zoologie.		Delas.
Matière médicale.....		Vincent.
Pharmacie chimique et Pharmacodynamie.		Caujolle.
Pharmacie galénique.....		Stanislas.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie. . . .. M. Couturier.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles.....	Mlle	Meynier.
	M.	Roux.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Sciences naturelles.....	MM.	Breuilaud.
Sciences physiques.....		Pitet.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal..... M. Roche.
Secrétaire. . . .. Mme Laffont.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1961 — N° 25

Du choix du traitement opératoire dans les Cholécystites Aiguës Calculeuses

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en mars 1961

PAR

Jean-Pierre LASSÈRE

MEMBRES DU JURY..

MM. GRIMOUD, *Président.*
GADRAT
PLANQUES — *Assesseurs*
LHEZ
BARDIER, *Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE Vve LION
16, RUE LAKANAL, 16
TOULOUSE
—
1961

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur de Clinique chirurgicale et du Cancer
Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a fait le grand honneur de nous confier et de diriger ce travail.

En témoignage de notre profonde gratitude et de notre vive reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT
Professeur de Clinique médicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a toujours su nous faire comprendre et aimer notre métier par la haute tenue et la clarté de son enseignement.
Ce n'est là qu'un gage modeste de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PLANQUES
Professeur de Médecine légale
et Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux

En gage d'une reconnaissance déjà ancienne.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LHEZ
Professeur de Clinique
des Maladies des voies urinaires
Chirurgien des Hôpitaux

Il a bien voulu nous faire l'honneur de nous juger.
Nous le prions d'accepter nos sincères remerciements.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BARDIER
Professeur agrégé de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux

Dont la haute compétence et l'amabilité ont su nous rendre attachant l'enseignement qu'il nous a prodigué.

A Monsieur le Docteur MALECAZE

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique chirurgicale
et du Cancer
Assistant des Hôpitaux

C'est lui qui nous a permis de réaliser ce travail. Nous tenons à lui exprimer ici toute notre reconnaissance et le remercions de sa précieuse collaboration.

A Monsieur le Docteur Jean DUCOUDRAY

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

Le peu de connaissance que nous avons dans cette spécialité, c'est à lui que nous la devons. Il a su nous montrer qu'une haute compétence pouvait aller de pair avec une grande modestie et un dévouement inlassable.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre déférent attachement.

A Monsieur le Professeur Jean TRILLOT

Professeur agrégé de Médecine légale
Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

Il nous a accueilli dans son Service avec toute son amabilité et sa gentillesse coutumières.

Nous l'en remercions ici.

A Monsieur le Docteur BRUÈRE-DAWSON

Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

A qui je dis ici le regret de n'avoir pas été l'élève plus longtemps.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

La survenue d'une poussée aiguë de cholécystite dans l'évolution d'une lithiase vésiculaire déjà diagnostiquée ou encore méconnue, est une éventualité fréquente qui prend une signification très précise en ce qui concerne la sanction thérapeutique à envisager.

Elle indique clairement que le moment est venu de réaliser dans un proche délai la cholécystectomie. C'est là une position qui se justifie par la certitude que, dans la meilleure hypothèse, les crises de cholécystite aiguë ne manqueraient pas de se reproduire, mais plus encore par la crainte d'une évolution vers une de ces dangereuses fistulisations internes de la vésicule dans le duodenum, dans le colon ou dans la voie biliaire principale.

Si cette conception de l'opportunité du traitement chirurgical est unanimement acceptée aujourd'hui, celle du choix du moment opératoire reste, par contre, en discussion.

Faut-il, comme le préconisent les partisans de la cholécystectomie à chaud, opérer immédiatement ou bien est-il préférable d'attendre et de refroidir, et, dans ce dernier cas, quel est le moment opportun?

Telles sont encore les questions que l'on peut se poser.

Le but essentiel de notre travail est de verser au débat ainsi ouvert la statistique du Service de

Clinique Chirurgicale et du Cancer où est appliquée la doctrine de l'intervention retardée « à tiède ».

Dans la première partie, nous rappellerons l'historique du problème.

Dans la deuxième, nous examinerons nos observations.

La troisième sera consacrée à la description précise du traitement médical mis en œuvre et des résultats obtenus.

Dans la quatrième, nous développerons les arguments qui nous font opter pour la priorité du traitement médical, sauf dans quelques cas particuliers et cela dans l'intérêt même de la chirurgie.

PREMIÈRE PARTIE

Historique

Autrefois la cholécystite aiguë lithiasique était un accident beaucoup plus fréquent car le traitement chirurgical de la lithiase était loin d'être sans danger et, de ce fait, d'indication beaucoup plus limitée qu'à ce jour.

En présence de ces malades souvent obèses et en mauvais état général, le chirurgien, disposant de moyens limités, ne pouvait envisager sans grand risque une intervention d'urgence. L'abstention chirurgicale immédiate était de règle à moins d'absolue nécessité. Dans le cas de perforation vésiculaire ou de pyocholécyste prêt à se rompre, par exemple, on pratiquait une simple cholécystostomie.

Par suite des progrès réalisés dans la préparation des malades, l'anesthésie et la réanimation, l'intervention d'urgence devient possible sans faire courir de risque prohibitif au malade.

Bien des auteurs, en particulier les Américains avec Abril [1] et Stone [40], adoptèrent alors vis-à-vis de la cholécystite aiguë une attitude analogue à celle communément suivie pour l'appendicite, c'est-à-dire l'intervention d'urgence systéma-

tique à chaud, à moins de plastron très nettement constitué. Les résultats paraissaient favorables et c'est ainsi que Becker, Powell et Turner [5] rapportent une mortalité de 3,9 % sur 435 cas de cholécystite opérés en période aiguë et Powell trois décès sur 50 cas.

Cependant cette opinion ne fut pas admise par tous, car l'intervention d'urgence dans le cas de cholécystite ne s'impose pas comme dans les cas d'appendicite, elle ne permet pas de préparer convenablement les malades et d'opérer dans de bonnes conditions, les tissus étant infiltrés, congestifs, hémorragiques et friables.

Aussi, dans un référendum fait il y a dix ans par Barksdale et Johnston [4] intéressant 150 chirurgiens, les avis étaient partagés entre les défenseurs de l'intervention d'urgence (67 %) et ceux de l'intervention retardée à froid (25 %) Byrne [9].

Mais cette attitude présente elle aussi des inconvénients, car la sclérose, au cours de la cholécystite, se constitue vite, vient aggraver les lésions et rendre l'acte chirurgical dangereux et difficile.

C'est alors, de grandes possibilités étant offertes au chirurgien surtout avec la découverte des antibiotiques, que d'autres auteurs, en particulier Mallet-Guy, Gangolphe, Kayalbi, Mirizzi, Longo, préconisent une solution intermédiaire d'intervention différée qui s'efforce d'éviter dans la mesure du possible les inconvénients des deux méthodes précédentes. Parmi ceux-ci différentes tendances s'expriment, les uns intervenant dans les délais très rapprochés, trois ou quatre jours par exemple, tels Udupa [42], Goinard [24] ou, au contraire, plus tardifs. Wardrop, Finsterer, Chalnot, Patel, Lataste, Validire, pensent que le

moment le plus dangereux se situe entre le quatrième et le dixième jour.

Les lésions anatomopathologiques sont très variables suivant les cas et évoluent différemment, aussi une attitude fixant d'une façon systématique des délais précis est difficilement défendable.

DEUXIÈME PARTIE

Résumé des Observations

Notre travail concerne 23 observations de cholécystites aiguës calculeuses qui ont fait l'objet d'un traitement médical pré-opératoire.

Il s'agissait d'une majorité de femmes (18 sur 23), ce qui n'est guère étonnant, en raison de la grande fréquence de la lithiase biliaire dans ce sexe.

L'âge moyen des malades se situait aux environs de 60 ans.

Nous avons groupé nos observations en deux séries :

— celles où le traitement médical a été efficace et a permis d'intervenir au moment voulu (18 cas) ;

— celles où, devant l'échec du traitement médical, on a été dans l'obligation d'intervenir à chaud (5 cas).

I. Cas où le traitement médical a été efficace et où on a pu choisir le moment opératoire

Observations

N° 1. M^me^ B... M..., 74 ans.

Le 22 avril 1954, intervention pour appendicite devant un syndrome douloureux de la F.I.D. avec subocclusion et température à 39°C. En réalité cholécystite lithiasique pseudo-occlusive.

On pratique seulement une laparatomie exploratrice. La malade est mise à la chloromycétine et à la glace. En quatre jours chute de la température, disparition des phénomènes occlusifs en 48 heures.

Intervention le 20 mai, soit 27 jours après la crise de cholécystite. Adhérences multiples; cholécystectomie. Pas de passage duodénal à la cholangiographie. Duodenotomie, dilatation ampullaire. Pas de calcul. Mise en place d'un drain de Champeau.

Suites normales.

N° 2. M^me^ M... R..., 63 ans.

A présenté, dix ans auparavant, quelques poussées de cholécystite.

Entrée le 10 avril 1956.

Occlusion, contracture de la région hépato-vésiculaire. Température à 38,5°C. Leucocytose à 26 400.

La malade est mise à la tifomycine, glace, antispasmodiques et aspiration gastro-duodénale. Rétrocession de la crise en quatre jours.

Intervention le 28 avril, soit 18 jours après le

début. Vésicule aux parois épaissies avec nombreux calculs. Péricholécystite importante. Cholécystectomie. Pression résiduelle normale. La voie biliaire principale est dilatée, mais avec un bon passage duodénal. Mise en place d'un drain sous-hépatique.

Suites satisfaisantes.

N° 3. M^me^ L... M..., 58 ans.

Opérée en octobre 1947 d'un phlegmon biliaire. Depuis 1948, nombreuses crises de coliques hépatiques. Entrée le 4 décembre 1953.

Crise hyperalgique avec défense de l'hypocondre droit. Subfébrile. Les différents tests pratiqués sont normaux.

Le traitement médical (Pénicilline, Streptomycine, antispasmodiques) amène une rétrocession de tous les signes en deux jours.

Intervention le 14 décembre, soit 11 jours après le début de la crise. Péricholécystite très marquée. Vésicule scléro-atrophique contenant un gros calcul. Cholécystectomie difficile. La radiographie et la manométrie per-opératoires n'ont pas été possibles.

Suites tardives bonnes.

N° 6. M^lle^ S... C..., 56 ans.

Passé lithiasique remontant à 1953. En 1956, ictère. Entrée dans le service le 7 juillet 1956.

Colique hépatique hypéralgique, subfébrile, défense de la région hépato-vésiculaire.

Un traitement à base d'antispasmodiques et d'antalgiques amène en deux jours la sédation de la crise.

Intervention le 31 juillet, soit 22 jours après le début. Cholécystectomie. La radiographie et la manométrie ne montrent rien d'anormal. Drain sous-hépatique.

Suites immédiates : suppuration tarie en dix-huit jours après l'intervention.

Suites tardives excellentes.

N° 7. M^me^ J... G..., 70 ans.

Il s'agit d'une dyspeptique de longue date. Coliques hépatiques fin 1956. Entrée le 7 février 1957 pour crise aiguë.

Plastron sous-hépatique. Diarrhée sanglante. Subocclusion; température à 39°C. Sous tifomycine, glace et aspiration gastrique, la température revient à la normale en deux jours, la douleur diminue fortement.

Intervention le 25 février, dix-huit jours après. Découverte d'un pyocholécyste. Calcul du volume d'une grosse noix dans le bassinet. Cholécystectomie. L'intervention a été hémorragique. La voie principale est dilatée. La pression résiduelle 18. Pas d'image de calcul. Drain sous-hépatique.

Suites immédiates et tardives sans histoire.

N° 8. M^me^ V... S..., 74 ans.

A présenté, il y a trois mois, des crises hypéralgiques, puis apparition d'un ictère, avec température à 40°C et contracture sous-costale droite. Entrée le 23 mai 1957.

On perçoit une grosse vésicule. L'ictère persiste. Température à 38°C. Légère anémie à 3 700 000.

Le traitement médical avec tétracycline et glace amène, dans les huit jours, une très notable diminution des signes.

Intervention le 17 juin, soit 25 jours après le début et 18 jours après la fin de la crise. Vésicule distendue avec nombreux calculs. Cholécystectomie. A la manométrie, les pressions résiduelles sont élevées. Pas de passage duodénal. Drain de Kehr. Libre passage duodénal, voie principale légèrement dilatée. Ablation le 6 juillet.

Suites normales.

N° 9. M^me^ S... G..., 58 ans.

On note dans les antécédents proches un abcès du foie opéré six mois auparavant. Entrée le 20 juin 1957.

Vomissements incessants. Plastron. Température à 38,5°C. Leucocytose à 18 000. Foie augmenté de volume.

Les antibiotiques (pénicilline, streptomycine) associés aux antispasmodiques amènent en quatre jours la rétrocession de la phase aiguë.

Intervention le 5 juillet, soit seize jours après l'entrée. Cholécystectomie. Ablation par cholédocotomie d'un calcul de la voie biliaire principale. Anastomose cholédoco-duodénale par suite de l'énorme dilatation de la voie biliaire principale et pression résiduelle élevée (30).

Suites tardives satisfaisantes.

N° 10. M. C... E..., 48 ans.

Il s'agit d'un ancien lithiasique, les premières manifestations remontant à 1937.

Entré le 8 août 1958.

Crise hypéralgique avec vomissements. Malade subfébrile. Défense hypocondre droit. Réaction pancréatique, ainsi qu'en témoigne une distension du cadre duodénal.

Tétracycline plus antispasmodiques réduisent la crise en deux jours.

Intervention le 22 avril, soit 14 jours après. Cholécystectomie. Les épreuves de contrôle per-opératoires sont normales.

Suites normales.

N° 11. M^me^ R... V..., 73 ans.

Entrée le 25 août 1956 pour syndrome sub-occlusif avec défense de la région hépato-vésiculaire. Température à 38°C. Leucocytose à 14 800. Chute de la température en trois jours sous pénicilline, streptomycine et glace.

Intervention le 10 septembre, soit 15 jours après l'entrée. Gros pyocholécyste. Cholécystectomie. Les pressions sont normales; la voie biliaire principale est légèrement dilatée. Drain sous-hépatique.

Suites satisfaisantes, si ce n'est une insuffisance cardiaque traitée par la digitaline.

N° 12. M. G... J..., 34 ans.

Depuis un an, crises douloureuses de l'hypochondre droit, durant cinq jours, avec vomissements et subictère. Entré le 1^er^ décembre 1958.

Crise aiguë hypéralgique, subfébrile.

Sous l'influence des seuls antispasmodiques la douleur cède en 36 heures et la crise en 48 heures.

Intervention le 3 janvier, soit 17 jours après le début. Calcul enclavé dans le canal cystique. Cholécystectomie. La pression résiduelle égale 20. La voie biliaire principale est dilatée, avec image suspecte de calcul dans le cholédoque terminal. La dilatation de la papille ne montre aucun calcul. Drain sous-hépatique.

Suites: le soir même, agitation, puis le lendemain polypnée, cyanose. Apparition d'un état de choc. Décédé le quatrième jour en hyperthermie. La nécropsie n'a pu être effectuée.

N° 13. M. S... E..., 70 ans.

Entré le 11 janvier 1959.

Coliques hépatiques fébriles (température à 38,5°C) et phénomènes subocclusifs.

Le traitement médical, comportant tifomycine et glace, fait disparaître la crise en quatre jours.

Intervention le 26 janvier, soit 15 jours après l'entrée. Péricholécystite importante rendant la cholécystectomie assez difficile. Le calibre des voies biliaires est normal, les pressions résiduelles légèrement élevées (15).

Suites immédiates compliquées par une poussée thermique en rapport avec une réaction pleuro-pulmonaire droite.

Les suites tardives sont bonnes.

N° 14. M^me^ T... A..., 62 ans.

Le début de la maladie remonte à dix ans, sous forme de crises de cholécystite aiguë traitées médicalement. Entrée le 17 novembre 1959.

Crise aiguë avec subocclusion, hoquet, plastron, température à 39°C. Leucocytose à 13 100.

Le traitement médical avec tétracycline et glace refroidit la crise en six jours.

Intervention le 10 décembre, soit 23 jours après l'hospitalisation. Péricholécystite n'entraînant pas, toutefois, de réelles difficultés opératoires. La radiomanométrie est normale. Drain sous-hépatique.

Suites immédiates : hématome suppuré de la paroi.

Suites tardives très satisfaisantes.

N° 15. M. C... J..., 72 ans.

Poussée de cholécystite en janvier 1960. Abstention chirurgicale étant donné le mauvais état général. Entré le 4 février pour nouvelle crise.

Occlusion, vomissements, plastron, température à 38°C. Leucocytose à 12 000.

Les antibiotiques (pénicilline, streptomycine), la glace et les antispasmodiques amenant une sédation des signes et une chute de la température en deux jours.

Intervention dix-huit jours plus tard, soit le 22 février, volontairement limitée. Ablation de cinq calculs. Mucoclasie au bistouri électrique. Les explorations radiomanométriques n'ont pas été faites. Sonde de Pezzer. Essai de contrôle, mais fuite autour de l'orifice du drain. Ablation du drain.

Suites normales.

N° 16. M^me^ U... R..., 68 ans.

Depuis dix ans, cinq coliques hépatiques ayant régressé sous traitement médical.

Entrée le 7 juin 1960.

Crise aiguë avec douleur pongitive, plastron sous-costal droit, température à 38,2°C.

Les antibiotiques (pénicilline, streptomycine et tifomycine), associés à la glace et antispasmodiques, amènent une diminution des signes. Toutefois leur régression n'est que partielle. La température oscille entre 37,3°C et 38°C.

Intervention vingt-six jours après, soit le 2 juillet. Calculs associés à un gros pyocholécyste. Le liquide est cependant stérile. Péricholécystite dense rendant la cholécystectomie difficile. Les pressions sont basses. Le cholédoque est légèrement dilaté, sans image de calcul.

On doit noter, dans les suites immédiates, une périphlébite du membre inférieur gauche.

Suites tardives satisfaisantes.

N° 17. M^lle P... M...-L...., 48 ans.

Coliques hépatiques fréquentes depuis deux mois. Hospitalisée en service Médecine.

Entrée le 7 mars 1960.

État général touché, subocclusion, ictère, température à 38°C, leucocytose à 14 600.

Le traitement médical (glace, antispasmodiques) amène une amélioration en deux jours, cependant l'ictère persiste, les douleurs reprennent.

Intervention le 18 mars, onze jours après l'entrée. Cholécystectomie. Les pressions résiduelles restent élevées, la voie biliaire principale est très dilatée. On pratique une cholédoco-duodénostomie.

Suites bonnes.

N° 18. M^me^ L... I..., 44 ans.

Entrée le 18 août 1956.

Douleurs subintrantes, contracture de la région hépato-vésiculaire, température à 38°C, leucocytose à 18 000, polynucléose à 84 %.

Le traitement (pénicilline, streptomycine, antispasmodiques) amène une résolution de la crise en cinq jours. Le 8 septembre, soit trois semaines après le début de la première crise, nouvelle crise, avec température à 39°C, douleurs. Nouveau traitement médical avec régression importante des signes en deux jours.

Intervention le 14 septembre, soit huit jours après la deuxième crise. Péricholécystite dense avec abcès et calculs intravésiculaires. Cholécystectomie. Les épreuves de radiomanométrie sont normales. Drain sous-hépatique.

Sortie le 28 septembre.

Guérison confirmée trois mois plus tard.

Dans la majorité des cas, le traitement médical a agi très rapidement, entraînant en moyenne en quatre jours la disparition de la température et une sédation de la douleur.

Cependant, une exception doit être faite en ce qui concerne deux cas : dans l'observation n° 16, la régression des signes n'a été que partielle, et dans l'observation n° 18 la crise a évolué en deux poussées successives qui ont chacune cédé au traitement.

II. Cas dans lesquels, devant l'échec du traitement médical, l'intervention a eu lieu a chaud

Il s'agit de cinq observations.

N° 19. Mme C... A..., 52 ans.

A présenté, depuis octobre, de nombreuses crises de coliques hépatiques avec épisodes fébriles. Entrée dans le service le 30 décembre 1955.

Crise hypéralgique de la région sous-costale droite avec vomissements bilieux, subocclusion, température à 38°C. La radiographie confirme la lithiase vésiculaire.

Le traitement médical, à base d'antibiotiques (pénicilline, streptomycine) et d'antispasmodiques, amène une diminution des signes fonctionnels. La malade, par contre, reste fébrile et souffre de nouveau.

Intervention le 6 janvier, soit sept jours après. Vésicule scléro-atrophique. Cholécystectomie *très hémorragique*. La pression résiduelle est normale. Le calibre de la voie biliaire principale aussi.

Les suites tardives furent satisfaisantes.

N° 20. M. B... J...-M..., 67 ans.

Depuis un mois, douleurs abdominales, se localisant à la région hépato-vésiculaire, asthénie, ictère, température à 38°C. Entré le 8 février 1959.

Plastron sous-costal droit, ictère. Hépatomégalie.

Les fonctions hépatiques sont perturbées. Leucocytose à 19 360. Légère anémie à 3 800 000.

Le traitement médical (tétracycline, glace, aspiration gastro-duodénale, antispasmodiques, extraits hépatiques...) n'amène pas d'amélioration notable. La température reste élevée, l'état général ne s'améliore pas.

Intervention le 28 février, soit vingt jours après. Bloc inflammatoire intéressant la vésicule et s'étendant au pédicule hépatique et au cholédoque. Cholécystectomie *très difficile*. Les parois de la voie biliaire principale sont très épaissies. Les explorations radiomanométriques n'ont pu être faites. Drain de Kehr.

Suites : La biopsie pratiquée ne montre aucune lésion suspecte. L'ictère persiste, aggravation rapide de l'état général. Sortie le 13 mars 1958 dans un état pré-mortem.

N° 21. M^me^ A... M...-L..., 62 ans.

Plusieurs épisodes douloureux de la région hépato-vésiculaire accompagnés de vomissements depuis début juin 1959. Entrée le 7 août 1959.

Nouvelle poussée de cholécystite avec température à 38°C, perception d'une grosse vésicule.

Le traitement médical, comportant tétracycline, glace, antispasmodiques, n'amène pas d'amélioration marquée.

Intervention le 18 août, en pleine poussée inflammatoire, soit onze jours depuis le début de la crise. Lésions de péricholécystite très intenses, rendant la dissection très difficile. Le cathétérisme du canal cystique n'a pas été possible.

Suites satisfaisantes.

N° 22. M^me^ C... L..., 48 ans.

Quelques crises douloureuses dans les trois derniers mois ayant précédé son entrée dans le service le 11 juillet 1960.

Subocclusion, vomissements, plastron sous-costal droit, température à 39,5°C, leucocytose à 20 000.

Le traitement médical par pénicilline, streptomycine, aspiration gastro-duodénale, amène une amélioration des signes en quatre jours. Cependant, nouvelle poussée le 25 juillet, avec température à 40°C.

Intervention le 27, en pleine poussée. Vésicule remplie de pus et de calculs. Cholécystectomie avec *hémorragie très importante* au cours de l'intervention. L'exploration radiomanométrique n'a pu être faite.

Au cours des mois qui suivirent les suites furent satisfaisantes.

La dernière observation est un peu particulière car il s'agit d'une intervention réalisée à chaud non par suite de l'échec du traitement médical, mais à cause d'une erreur de diagnostic.

N° 23. M^me^ R... E..., 76 ans.

Pas d'antécédents reconnus.

Entrée le 31 avril 1959.

Syndrome occlusif avec vomissements bilieux, douleur au flanc droit. Température à 38,3°C. Leucocytose : 14 800. On porte le diagnostic d'appendicite.

Intervention le 1^er^ mai. Appendice normal, mais

lithiase vésiculaire avec grosse péricholécystite. Ablation des calculs; *cholécystostomie.*

Suites : Décédée le douzième jour d'accidents vasculaires cérébraux.

Nous étudierons au chapitre suivant les modalités du traitement médical et ses résultats.

L'étude de ces observations permet de mettre, en outre, en évidence les caractères cliniques de ces cholécystites lithiasiques. Elles se sont manifestées le plus souvent sous la forme classique, douloureuse, fébrile, s'accompagnant d'un état subocclusif et d'un plastron dans la région hépato-vésiculaire.

Plus rarement on s'est trouvé en présence d'une forme hypéralgique peu fébrile s'accompagnant d'une grosse vésicule ou d'une crise de colique hépatique fébrile réagissant mal au traitement médical.

Assez exceptionnellement un ictère, et beaucoup plus souvent un subictère, traduisaient la participation de la voie biliaire principale.

Les lésions rencontrées furent variables dans leurs caractères et leur intensité et l'on retrouvait selon les cas et à des degrés divers l'inflammation catarrhale de pré-suppuration, la suppuration vraie, des lésions de nécrose plus ou moins étendues, une réaction péri-focale.

C'est ainsi qu'on a observé: soit une vésicule aux parois épaissies avec une réaction de pyocholécystite marquée qui présentait dans certains cas des abcès intrapariétaux, soit la classique pyocholécystite, soit une vésicule scléro-atrophique, séquelle de poussées antérieures.

A ces lésions purement vésiculaires s'associait

parfois une atteinte de la voie principale sous la forme d'une lithiase, plus rarement d'une angiocholite.

Il faut souligner d'ailleurs qu'il n'existe pas de parallélisme strict entre les signes cliniques observés et les lésions anatomo-pathologiques, ce qui a une grosse importance pratique et complique dans une grande mesure le choix du traitement.

L'usage des antibiotiques modifie l'évolution des lésions et réalise, comme l'ont dit MALLET-GUY, GANGOLPHE et KAYALBI [31], des états infectieux ou même gangréneux chroniques. Ils permettent de choisir plus librement le moment opératoire, mais comme ils atténuent les signes cliniques, ils ont tendance à camoufler l'évolution des lésions qui continuent à évoluer à bas bruit.

Ceci nous amène à envisager dans le chapitre suivant le traitement médical.

TROISIÈME PARTIE

Traitement médical mis en œuvre et résultats

Le traitement devra s'efforcer d'atteindre plusieurs buts. Il sera symptomatique, visant à traiter les phénomènes subocclusifs et la douleur par exemple; anti-infectieux, s'adressant à des germes divers, tels le colibacille fréquemment rencontré, le streptocoque, l'entérocoque, des bacilles anaérobies, etc... Il tendra à éviter la diffusion du processus inflammatoire et à faciliter la localisation par l'usage de la glace; enfin, il ne devra pas négliger l'insuffisance hépatique et le déséquilibre humoral qui sont souvent associés.

La pathogénie de la cholécystite aiguë calculeuse est complexe et c'est ainsi que Roost [36] signale le rôle de l'effet toxique des acides choliques concentrés, des enzymes pancréatiques qui peuvent agir à la suite d'un reflux bilio-pancréatique, de facteurs allergiques. Une thrombose vasculaire peut expliquer les lésions gangréneuses fréquemment rencontrées. Mais il semble que le facteur essentiel soit le plus souvent une stase s'accompagnant d'une hyperpression vésiculaire en rapport avec un obstacle siégeant au niveau du canal cystique et constitué

par un calcul ou par un œdème de celui-ci. La stase favorise le développement des germes et l'hyperpression vésiculaire, le développement des lésions de nécrose. A ces causes organiques est associé à des degrés divers un facteur spasmodique.

Le traitement médical devra s'efforcer de tenir compte de ces différentes considérations.

Nous avons suivi la conduite thérapeutique classique et mis nos malades en aspiration gastro-duodénale dans les cas où les phénomènes subocclusifs étaient marqués, à la glace, aux antibiotiques et aux antispasmodiques.

Nous avons utilisé surtout la pénicilline associée à la streptomycine, à la dose de 1 à 2 millions de pénicilline et de 1 gramme de streptomycine par vingt-quatre heures, soit l'association pénicilline-tifomycine, soit la tétracycline à la dose de 1,50 g par jour.

Il semble que les antibiotiques du groupe des tétracyclines soient très efficaces du fait de leur élimination par les voies biliaires et de leur large spectre d'action et actuellement nous les utilisons le plus souvent.

Caroli [25] préconise, afin de faciliter le choix de l'antibiotique, un tubage duodénal suivi de l'examen bactériologique de la bile. Cette méthode n'est certes pas sans intérêt, mais les germes recueillis par tubage sont souvent multiples, ce qui complique l'examen bactériologique; de plus, l'utilisation d'antibiotiques à large spectre permet souvent d'obtenir, comme notre travail le prouve, des résultats satisfaisants.

Nous n'avons pas associé au traitement par les antibiotiques les corticoïdes. L'utilisation de ceux-ci pourrait être utile en permettant une meilleure diffusion des antibiotiques et en retardant l'appari-

tion des lésions de sclérose qui font la difficulté des interventions tardives. Cependant, l'action des corticoïdes pourrait être dangereuse en facilitant l'évolution vers la perforation vésiculaire et en augmentant le risque de diffusion du processus inflammatoire.

Nous n'avons pas retrouvé de travaux concernant ce sujet, mais nous pensons que c'est un problème qu'il serait intéressant d'étudier. Il est possible que le choix du moment opératoire soit de ce fait modifié et retardé, les lésions de sclérose étant moins importantes et leur apparition plus tardive.

Nous avons utilisé des antispasmodiques banaux, toutefois nous n'avons pas pratiqué, comme le conseille Finochietto, des infiltrations splanchniques. Il est possible que dans les formes hypéralgiques, surtout si l'on soupçonne une participation pancréatique, cette technique soit intéressante.

Parallèlement à ce traitement spécifique de la cholécystite aiguë, on effectuera un bilan complet du malade avec correction des déficits humoraux, établissement et correction si nécessaire du bilan électrolytique souvent perturbé chez les malades âgés; réhydratation, rechloruration suivant les besoins, mais aussi correction des troubles affectant le potassium. A ce sujet, Fogliati [22] montre que si les ions Na tendent rapidement à revenir à la normale, ceci est dû au fait que de grandes quantités de ClNa sont administrées, par contre l'hypokaliémie est de règle. Ce manque de potassium est corrigé lentement et avec peine. Il y aura donc lieu d'aider l'organisme à retrouver son taux normal de potassium par des solutions adéquates.

Les différents tests de la fonction hépatique permettront de déceler l'intégrité ou l'atteinte de la

cellule hépatique, les troubles de la coagulation et l'hypoprothrombinémie.

Nous allons maintenant étudier, en fonction du traitement médical, les résultats obtenus en comparant deux groupes de malades :

— ceux chez lesquels nous avons pu intervenir au moment désiré, au décours de la crise aiguë, et

— ceux chez lesquels nous avons été obligés d'intervenir à chaud.

I. Le premier groupe concernait 18 malades pour lesquels le traitement médical avait été efficace. Seuls deux de ces malades, comme nous l'avons vu, avaient réagi moins parfaitement à la thérapeutique.

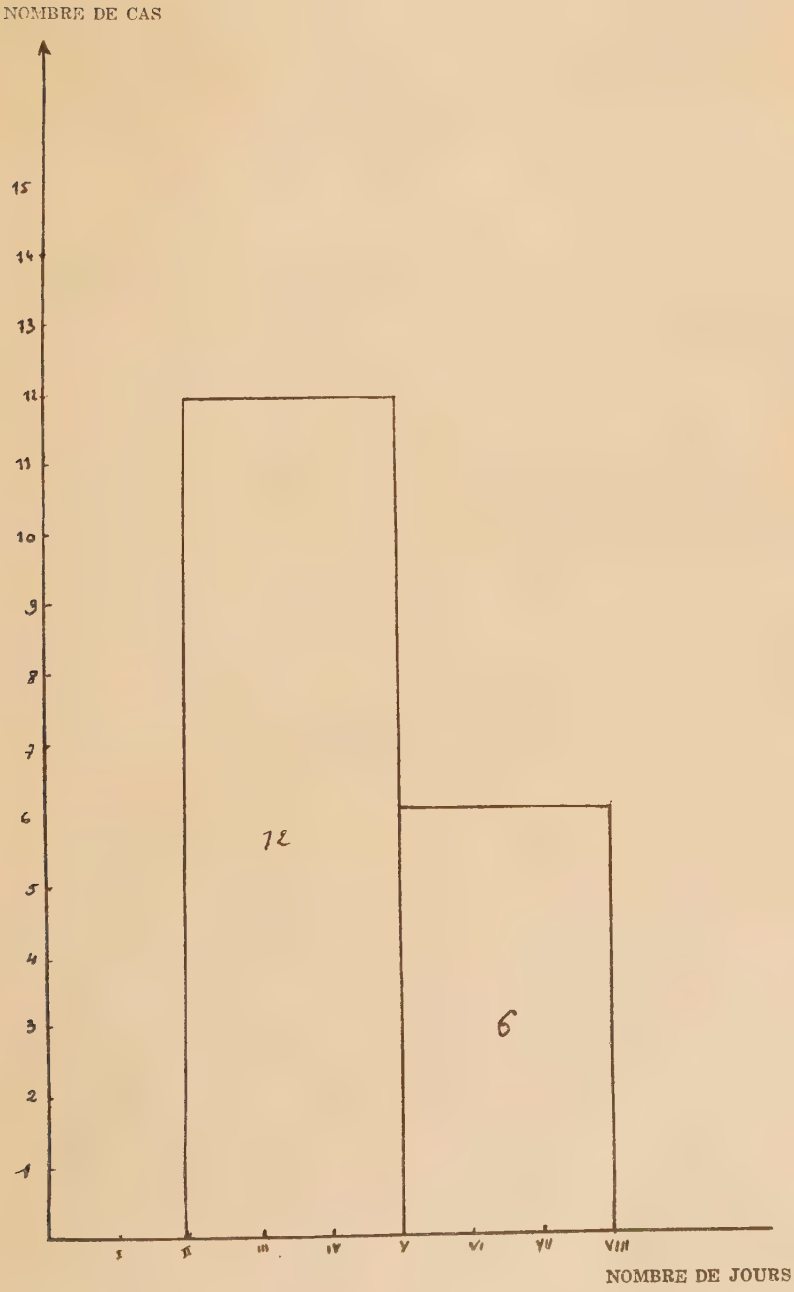
La crise a toujours cédé entre le deuxième et le huitième jour, avec un maximum de fréquence compris entre le deuxième et le cinquième jour.

Tableau n° 1

Dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire dans 15 cas sur 18, on s'est trouvé en présence de malades bien préparés, en bon état général, devant des lésions anatomiques qui n'ont pas rendu l'acte chirurgical difficile, les adhérences étant lâches et se laissant facilement cliver, la dissection n'ayant pas été hémorragique. On a pu, de ce fait, faire des interventions complètes avec exploration radiomanométrique per-opératoire (16 cas) et la qualité des tissus a permis de pratiquer sans danger deux duodénotomies, deux cholédocotomies et deux anastomoses cholédoco-duodénales.

Cependant, dans 3 cas sur 18, les interventions, malgré la thérapeutique médicale préparatoire,

Tableau n° 1
Durée de la crise



furent rendues difficiles par des adhérences serrées siégeant au niveau du carrefour hépatique (obs. n° 3 et 11) ou par un état congestif des tissus rendant la dissection hémorragique (obs. n° 7).

Enfin, dans un cas (obs. n° 15), on a été amené à pratiquer une mucoclasie, la cholécystectomie paraissant dangereuse.

Tableau n° 2

Dans l'ensemble, les résultats ont été très satisfaisants, puisque 17 malades sur 18 ont eu des suites très favorables.

Mais nous avons eu à déplorer un décès chez un homme jeune de 34 ans qui, à la suite d'une intervention très simple, a fait dans les jours qui ont suivi l'acte opératoire un état de choc avec hyperthermie qui a été rebelle au traitement. Ce malade n'ayant pu être vérifié, nous ne pouvons apporter de réponse valable comme explication de cet exitus.

Les autres complications post-opératoires furent sans gravité : une périphlébite et trois hématomes suppurés de la paroi.

Il convient de noter que 9 malades sur 18 étaient des personnes âgées de plus de 60 ans.

II. Le deuxième groupe concerne cinq cas où l'intervention a été pratiquée à chaud.

Soit parce que le traitement médical n'avait pas été efficace (obs. n°s 19, 20, 21, 22), soit par suite d'une erreur de diagnostic (obs. n° 23), l'intervention ayant été faite d'urgence pour appendicite.

Dans tous ces cas, les lésions étaient très importantes, avec des tissus infiltrés et congestifs.

La cholécystectomie, pratiquée dans 4 cas sur 5, fut toujours très difficile et hémorragique. Dans 3 cas sur 4, l'exploration radiomanométrique ne put

Tableau n° 2

	Caractère des lésions	*Facilité de l'acte opératoire*	*Interventions pratiquées*	*Suites opératoires*	
Cas où le traitement médical a été efficace : 18	15 lésions peu hémorragiques Adhérences lâches	15 interventions aisées	17 cholécystectomies : 1 mucoclasie accompagnés de : 2 duodénotomies 2 cholédocotomies	1 périphlébite 3 suppurations de la paroi	17 T.B.
	3 lésions hémorragiques Tissus infiltrés	3 interventions difficiles	2 anastomoses cholédoco-duodénales 16 explorations radio-manométriques	1 D.C.D. choc + Hyperthermie	
Cas où on a été obligé d'intervenir à chaud : 5	5 lésions congestives	5 interventions difficiles	1 cholécystostomie 4 cholécystectomies 1 exploration radio-manométrique	2 D.C.D. : — Hépatite — Accidents vasculaires	3 T.B.

être pratiquée en raison de l'œdème et de la friabilité du canal cystique.

Enfin, dans le dernier cas (obs. n° 23), pour un malade âgé opéré avec le diagnostic d'appendicite, on s'est contenté d'une cholécystostomie.

Les suites tardives furent satisfaisantes dans 3 cas sur 5.

Nous avons eu à déplorer 2 décès; dans un cas, il s'est agi d'un malade présentant outre des lésions de cholécystite étendues, un ictère par hépatite et dans l'autre d'une malade cholécystostomisée en urgence et décédée dans le courant de la deuxième semaine d'accidents vasculaires cérébraux.

Nous constatons que dans les cas où le traitement médical a été efficace et où nous avons pu choisir le moment opératoire, soit trois semaines environ après le début de la crise, nous avons rencontré des lésions peu congestives (15 cas) s'accompagnant d'adhérences lâches, facilement clivables. Le traitement chirurgical s'en est trouvé facilité et l'on a pu réaliser des interventions complètes avec exploration radiomanométrique et si nécessaire des anastomoses bilio-digestives en tissu de bonne qualité.

Par contre, lorsque nous avons été obligés d'intervenir à chaud, on s'est trouvé en présence de lésions infiltrantes, congestives, de tissus friables, qui ont rendu l'acte opératoire difficile et dangereux.

On a été obligé de ce fait de limiter l'acte opératoire et c'est ainsi que nous avons été amené à pratiquer une cholécystostomie en urgence, et seulement dans un cas sur cinq la radiomanométrie a pu être réalisée.

Ceci nous confirme dans notre attitude qui consiste à n'intervenir qu'une fois les lésions de cholécystite aiguë refroidies et nous amène à discuter du choix du moment opératoire.

QUATRIÈME PARTIE

Choix du moment opératoire

ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA CHOLÉCYSTITE « A TIÈDE »

Tableau n° 3

Comme le montre le tableau n° 3, tous nos malades, en dehors des cinq cas rebelles au traitement médical, ont été opérés dans le mois qui a suivi la fin de la crise de cholécystite, le maximum de fréquence se situant entre le huitième et le quinzième jour (10 cas sur 18).

Dans 16 cas sur 18, la décision opératoire a été prise entre la première et la troisième semaine.

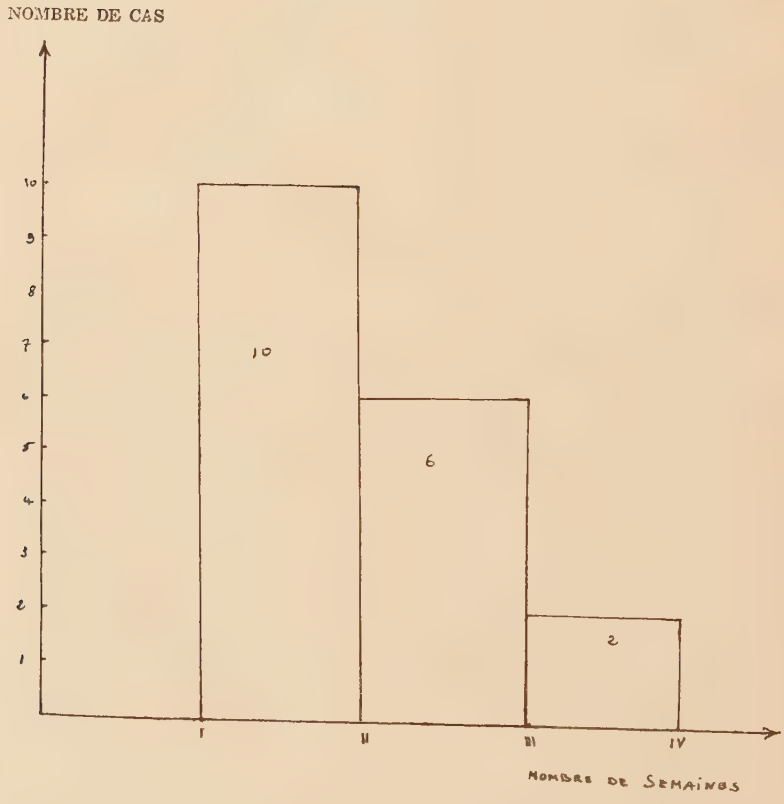
Les résultats que nous avons obtenus avec cette technique nous ont paru satisfaisants, ainsi que nous venons de l'exposer au chapitre précédent.

Les raisons qui nous ont poussé à ce choix sont multiples :

1° Dans la cholécystite aiguë le risque d'une péritonite généralisée est minime. Certains auteurs ont établi une comparaison entre la cholécystite aiguë et l'appendicite aiguë, mais, comme le souligne

Tableau n° 3

Délais d'intervention après la fin de la crise



Calzolari [10], l'analogie n'est pas valable et ce pour des raisons anatomiques. La vésicule, organe de l'étage sus-mésocolique, est située au fond d'une loge comprise entre le duodénum et l'angle colique droit en bas, le foie en haut, obturée par l'épiploon. Conditions anatomiques favorisant de ce fait l'exclusion du grand péritoine par rapport au foyer infectieux sous-hépatique. La péritonite biliaire par perforation échappe par contre à toute discussion sur la possibilité de différer l'intervention.

2° Le risque de fistule interne est réel si l'on n'intervient pas. Cependant, l'expérience démontre que l'installation d'une fistule n'est pas en général le fait de la première crise, mais qu'elle est pratiquement toujours plus tardive.

Toutefois l'apparition d'un ictère avec les risques de fistule bilio-biliaire ou de troubles du transit intestinal pouvant amener une fistule cholédoco-duodénale ou un iléus biliaire, peuvent venir modifier l'attitude thérapeutique.

Actuellement, ces éventualités sont cependant devenues rares par suite de l'intervention dès l'apparition de la première crise.

3° Comme nous l'avons vu plus haut dans l'étude des observations du deuxième groupe, les difficultés opératoires sont plus importantes en période aiguë par suite de tissus friables et du risque hémorragique.

4° Les difficultés sont également grandes, sans parler du risque de nouvelles poussées aiguës, si l'on attend plusieurs mois avant d'intervenir. On se trouve alors en présence d'une vésicule scléro-

atrophique, rétractile, d'adhérences fibreuses, serrées, difficilement clivables.

5° Par contre, le traitement médical, sous surveillance médicale, dispose de moyens efficaces permettant généralement de refroidir la crise et d'opérer sur un malade préparé et au moment où les conditions anatomo-pathologiques sont les plus favorables.

6° L'intervention « à tiède » dès la résorption du plastron atténue le risque hémorragique et n'attend pas l'organisation fibreuse des adhérences qui sont encore lâches et aisément clivables.

Conclusions

Au terme de cette étude analytique de 23 observations de cholécystite aiguë calculeuse, nous pensons pouvoir avancer les conclusions suivantes :

1° La cholécystite calculeuse aiguë peut être, dans de nombreux cas, traitée d'abord par les moyens médicaux.

2° Cette position doctrinale se justifie par la tendance naturelle à l'enkystement des réactions péritonéales sous-hépatiques et l'appoint précieux de la thérapeutique par les antibiotiques.

3° S'il est logique dans ces conditions de différer le traitement chirurgical à l'exclusion de certains cas particuliers (péritonites biliaires surtout), les indications de la chirurgie sont cependant formelles.

4° Le moment le plus favorable nous paraît se situer en moyenne entre le huitième et le vingtième jour suivant la poussée aiguë, c'est-à-dire après atténuation de la réaction inflammatoire et avant l'organisation fibreuse des adhérences péri-vésiculaires.

5° Ce traitement médical doit être mis en œuvre en milieu chirurgical, dans l'éventualité assez rare d'une complication obligeant à opérer plus rapidement.

Le Président :
GRIMOUD.

Vu : *Le Doyen,*
LAZORTHES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 17 mars 1961.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Abril (J. P.). — Tratamiento quirúrgico de las colecistitis agudas. *An. Casa salud Valdecilla*, 15/5 (579-606), 1954.

[2] Almasque-Dedeu (R.), Braier. — La cholangiomanométrie opératoire dans la maladie du cystique. *Lyon Chir.*, 53/3 (390-399), 1957.

[3] Balogh (Z.). — Gallenstein entfernung ohne Exstirpation der Gallenblase. *DTSCH Gesundhwes*, 10/9 (329-333), 1955.

[4] Barksdale (J. W.) et Johnston (J. H.). — Acute cholecystitis. *Ann. Surg.* (816-829), 1948.

[5] Becker (W. F.), Powell (J. L.) et Turner (R. J.). — A clinical study of 1060 patients with acute cholecystitis. *Dept. of Surg.*, Louisiana, New-Orléans, 104/4 (491-496), 1957.

[6] Boyden (A. M.). — Acute gall-bladder desease and the common duct. *Arch. Surg.* (Chicago), 70/3 (374-378), 1955.

[7] Brandeberg (R.). — Acute cholecystitis. *Acta Chirur. Scand.* (225-228), 1951.

[8] Bruusgaard (Ch.). — Akutt cholecystitt ogdens behandling. *T. Norske Laage foren*, 77/17 (596-599), 1956.

[9] Byrne (J. J.). — Acute cholecystitis. *Amer. J. Surgery*, 97/2 (156-172).

[10] Calzolari (G.). — Il trattamento di attesa nelle colecistopatie acuta. *Ital. Chir.*, 13/3 (253-270), 1957.

[11] Cass (A.), Cass (K.) et Smith Roy. — Biliary tract surgery in retrospect. *Aust. NZ J. Surg.*, 27/3 (193-203), 1958.

[12] Carveth (S. W.), Priestley et Gage (R. P.). — Size and number of gallstones in acute and chronic cholecystitis. *Proc. Mayo. Clin.*, 34/15 (371-374), 1959.

[13] Cauchon, Brochu et Levasseur. — Cholécystites aiguës. *Laval Méd.*, tome 22, n° 3, 1959.

[14] Chalnot (P.), Grosdidier (J.) et Frisch (R.). — Les indications thérapeutiques dans les cholécystites aiguës. *Revue Médicale*, Nancy, 1958.

[15] Costello (C.). — Cholecystostomy in modern Surgery. *Amer. Surg.* (Baltimore), 22/11 (1079-1094), 1956.

[16] Debray (C.), Hardouin (J.-P.), Laumonier (R.) et Couinaud (C.). — Sur une complication de l'épreuve à la biligraphine-morphine Bichat. *Rev. Méd.*, 14/2 (98-103), 1957.

[17] D'Errico (G.). — Il problema therapeutico della colecistita acuta. *Minerva Chir.* (Torino), 10/12 (582-588), 1955.

[18] Dupuy (R.), Vallin (J.) et Doutrellot (F.). — Complication des cholécystectomies pour lithiase biliaire. *Revue Internationale d'Hépatologie*, n° 4, 1960.

[19] Edlund (Y.) et Zettergreen (L.). — Histopathology of the gallblader in gallstone descase. *Acta Chir. Scand.*, 116/5 (450-460), 1959.

[20] Edlund (Y.) et Olson. — Acute cholecystitis, timing of cholecystectomy. A study of the postoperative course in 895 cases. *Acta Chir. Scand.*, 115/4 (284-288), 1958.

[21] Finsterer (H.). — Die Chirurgische Behandlung der akuten fieberhaften cholezystitis mit besonderer Berüchsichtigung der Frühoperation. *Wierner Med.* (4-7), 1951.

[22] Fogliati (A. E.) et Giudice (P. A.). — Le Variazoni pre e post operatore del Na + e del K + ematici nelle affezioni delle vie biliari. *Arch. Sci. Med.*, 99/4 (209-213), 1955.

[23] Fredell (C. H.) et Mithoeffer. — The relative hazard oh cholecystecttomy and choledochostomy. *Ann. Surg.*, 145/2 (234-237), 1957.

[24] Goinard (P.) et Pélissier (G.). — Les cholécystites aiguës. *La Semaine des Hôpitaux*, 18, 28 août 1960.

[25] Hutinel (J.). — Complications septiques de la lithiase biliaire vues sous l'angle chirurgical. *Concours Médical*, n° 21 (2567-2568), 1958.

[26] Kosinzew (A.). — Chronische cholezystitis. *Bruns'Beitr., Klin. Chir.*, 193/3 (329-349), 1956.

[27] Landa (B. A.) et Knokh (L. I.). — Délais opératoires et indications pour le traitement chirurgical des cholécystites aiguës. *Kirurgiia*, 2 (59-64), 1957.

[28] Lidgas (E.). — Die Indicationsstellung zur cholecystektomie im Hinblick auf chirurgische Enfahrungen. *Zbl. Chir.*, 81/48 (2435-2443), 1956.

[29] Madden (J. L.) et Mc Cann (W. J.). — Technic for cholecystectomy and common doct. exploration. *Americ. J. Surg.*, 92/3 (341-355), 1956.

[30] Mc Eachern (C. G.) et Sullivan (R. E.). — Acute cholecystitis. *A. M. A. Arch. Surg.*, 78/2 (300-303), 1959.

[31] Mallet-Guy (P.), Gangolphe (M.) et Kayalbi (I.). — Cholécystites lithiasiques aiguës. *Lyon Chirurgical* (281-308), 1955.

[32] Patel (J.), Lataste (J.) et Validire (J.). — Sur le choix du meilleur traitement des cholécystites aiguës lithiasiques. *Presse Médicale*, 63/63 (1267-1269), 1955.

[33] Payne (W. S.), Martin, Nickols et Walters (W.). — Antibiotic therapy. Treatment of infections complications of surgery of the Gallablader and bile ducts. *Arch. Surg.*, Chicago, 74/2 (259-265), 1957.

[34] Pearle (A. E.). — Acute cholecystitis. *Penn. Med. J. Philadesphia*, 58/6 (598-602), 1955.

[35] Reinus et Kesseler. — Evaluation of the risk in the medical treatment of acute cholecystitis. *Surgery*, New-York, 42/46 (631-637), 1957.

[36] Roost (W.). — Die Klinische Beurteilung der cholecystitis acuta auf Grund pathogenistischer Uberlegungen. *Schweiz. Med. Wschr.*, 87/45 (1367-1371), 1957.

[37] Schulze (H. E.). — Zur operation der « akuten Galle » Im Anfall. *Zbl. Chir.*, 79/29 (1204-1210), 1954.

[38] Sosnovskii (A. G.). — Indications opératoires dans la cholécystite aiguë. *Nov. Khir. Arkh.*, 4 (4350), 1956.

[39] Sparkman (R. S.). — Planned Cholecystostomy. *Ann. Surg.*, 149/5 (746-761), 1959.

[40] Stone (C. S.) et Wilhelm. — Acute cholecystitis, the timing of operation, the age factor. *N.E.B. ST. Med. J.*, 40/12 (415-420), 1955.

[41] Struchkov (V. I.) et Grigoryan. — Indications et contr'indications pour l'intervention dans la cholécystite aiguë. *Westn. Khir.*, 78/1 (50-55), 1957.

[42] Udupa et Prasad. — Acute Cholecystitis and its management. *Indian. J. Surg.*, 19/4 (239-244), 1957.

[43] Van Weel (M. W.). — The direct risk of cholecystectomy. *Med. T. Geneesk.*, 103/1 (6-11), 1959.

[44] Wardrop (G. R.). — Acute cholecystitis. Melbourne. *J. Surg.* (63-68), 1957.

[45] Weyland (J.). — Problèmes actuels du traitement de cholécystite aiguë lithiasique. *Thèse*, Lyon, 6 juillet 1955.

Dépôt légal 1er trim. 61, Aa. 351

Imprimerie Toulousaine (Vve Lion) — 16, rue Lakanal